

○栗原企画官 それでは、定刻となりましたので、ただいまから第82回「社会保障審議会介護保険部会」を開催いたします。

委員の皆様方におかれましては、大変お忙しいところをお集まりいただきまして、まことにありがとうございます。

報道関係の方に御連絡します。冒頭のカメラ撮影はここまででございますので、御退席をお願いいたします。

(カメラ退室)

○栗原企画官 それでは、以降の議事進行は遠藤部会長にお願いしたいと思います。よろしくをお願いいたします。

○遠藤部会長 皆さん、こんにちは。本日も、よろしくをお願いいたします。

まず、本日の出席状況でございますが、久保委員、黒岩委員、武久委員、野口委員が御欠席です。また、久保委員の代理として村上参考人、UAゼンセン日本介護クラフトユニオン副事務局長、黒岩委員の代理としまして柏崎参考人、神奈川県福祉子どもみらい局福祉部長、武久委員の代理として西尾参考人、日本慢性期医療協会常任理事のお三方が御出席でございます。お認めいただけますでしょうか。

(「異議なし」と声あり)

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、議事に入る前に、事務局より資料の確認をお願いいたします。

○栗原企画官 お手元の資料の確認をさせていただきます。

資料1「自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化」。

資料2「保険者機能強化推進交付金」。

資料3「調整交付金」。

参考資料1「自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化(参考資料)」。

参考資料2「保険者機能強化推進交付金(参考資料)」。

参考資料3「調整交付金(参考資料)」。

参考資料4「介護納付金算定に関する事務誤り事案に関する対応状況調査結果」。

以上でございます。不備等がございましたら、事務局までお申しつけください。

○遠藤部会長 よろしゅうございますか。

それでは、議事に入りたいと思います。

本日の議題は3つございまして、「1 自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化」「2 保険者機能強化推進交付金」「3 調整交付金」の3つをまとめて御議論いただきたいと思いますので、事務局から資料1、2、3を続けて説明をお願いしたいと思います。よろしくお願いいたします。

○山口介護保険計画課長 介護保険計画課長でございます。

私のほうから、資料の御説明をさせていただきます。

まず、資料1をごらんいただければと思います。1ページ目は前回の改正の振り返りになっております。前回の改正におきましては、自立支援や介護予防といった介護保険の理念を堅持し、地域包括ケアシステムをより深化・推進していく観点から、保険者機能の強化や地域差の縮減について議論が行われたところでございます。

平成28年12月に取りまとめいただいた「介護保険制度の見直しに関する意見」におきましては、2つ目の○の中略以降ですけれども、それぞれの保険者が国及び都道府県の協力のもと、地域差の存在について多角的な分析を行い、その結果を踏まえて、縮小されるべき地域差についてはこれを縮小するよう適切に対応していくことが求められるというように整理されたところでございます。

具体的な取り組みとしては、3つ目の○ですが、データに基づく課題分析と対応、適切な指標による実績評価、インセンティブ、国や都道府県による支援といったことに取り組む必要があるとされております。

これを踏まえた平成29年の介護保険制度改正におきましては、2つ目のポツですけれども、PDCAサイクルにより自立支援・重度化防止に取り組むよう、データに基づく課題分析と対応、適切な指標による実績評価、インセンティブの付与を法律により制度化したところでございます。

ここで、現在の地域差等についてどうなっているかを、参考資料をもとに御説明させていただきます。

参考資料1の7ページ目をごらんいただくと、第1号被保険者1人当たりの介護給付費と認定率の地域差についての資料が一連ついでございます。7ページ目は、1人当たり介護給付費についての地域差の資料になっております。2016年度のものを見ていただくと、全国平均24万円となっておりますが、一番低い茨城県では21万9000円、一番高い沖縄県では28万1000円となっております。

8ページ目は、1人当たり介護給付費について、2014年度と2016年度の実績を県別に比較したものでございます。例えば、一番右下の象限に神奈川県がありますけれども、2014年度は1人当たり介護給付費は全国平均より高かったと

ころでございますが、赤い横線の下にあります2016年度は平均より低いということで、一定の努力がされたということが言えるのではないかと思います。

9、10ページ目は、要介護認定の認定率についての地域差に関する資料でございます。例えば9ページ目の2016年度を見ていただくと、加重平均したものですけれども、全国平均18%となっているところ、一番低い山梨県では14.1%、それに対して一番高い大阪府では22.4%ということで、8ポイントほどの差があるということでございます。

11ページ目は、先ほど見ていただいた散布図の要介護認定率についての資料でございます。11ページ目は2014年度と2016年度の比較ですが、12ページ目は2014年度と2018年度の比較となっております。

13ページ目は、都道府県別の地域差指数（寄与度別）となっております。まず、上の段については1人当たり介護給付費について、高いところ、低いところありますけれども、それぞれの寄与度について分析したものでございます。例えば、先ほど見ていただいたとおり、2016年度で1人当たり介護給付費が一番低かった茨城県を見ていただくと、在宅の寄与度がマイナスに働いているということでございますし、一番高かった沖縄県を見ていただくと、在宅の寄与度が非常に大きくなっている。

それから、施設に関しても、新潟、富山、石川、福井の北陸のあたりは施設の寄与度が高く、1人当たり給付費が高いという状況になったということがこれでわかります。

認定率について見ていただくと、先ほど一番低かった山梨県を見ていただくと、軽度の方の認定率が非常に低いということで、それが全体の要介護認定率を押し下げたということがわかります。

逆に、最も高かった大阪を見ると、軽度、重度それぞれ高いという中で、特に軽度の方の認定率が高いことが押し上げ要因になっていることがわかるかと思えます。

14ページ目は、地域差を指標で見るということをやっております。どのように比んでいるかというのがこの図に書いてありますけれども、全国平均の1人当たり給付費を1つ基準といたしまして、それ以下の部分の面積とそれを飛び出した部分の面積を比べたものでございます。2014年度1人当たり給付費で見ていただくと、飛び出した部分が、下の全国平均を含めた四角い部分の面積の2.7%であったということでございますけれども、それが2015、2016と行くにつれて、ほぼ横ばいでありまして、若干0.1ポイントだけ上がっているということでございます。

それに対して、認定率において同様のことを見比べてみますと、2014年度は2.4%だったものが、2016年度は2.2%ということで、若干下がったということ

でございます。

15ページは、今度は2017年度以降のものですけれども、完全な実績がまだない状況でございますので推計が一部入っておりますが、ごらんいただきたいのは2018年度、第7期の介護保険事業計画の期間の初年度ですけれども、1人当たり給付費の差を計画値に基づいて算定すると2.4%になるということでございます。これを2020年度は2.4%、同様の数字、横ばいになると推計される。

逆に、認定率に関して見ると、2018年度は2.2%であるものが、2020年度には2.1%になるということ推計をされております。

こういったことから、この介護保険事業計画を着実に実施していただくことによって、もともと高齢化の状況にはばらつきがありますので、地域差自体は拡大圧力があるというように言えると思っておりますけれども、この計画を着実に実施していただくことで、その拡大を防ぐことができるということが言えるのではないかと思います。

資料1に戻っていただいて、2ページ目は都道府県の例ですけれども、実際に第7期の介護保険事業支援計画でどのようなことが盛り込まれたかという具体的な例が書いてあります。例として、大分県、大阪府、富山県について示しております。

一つ例をとってみると、大阪府に関して言えば、要介護認定率が全国の中でも高いということがあります。これに関しては、要介護認定にばらつきがあるというところを分析でつかんだところ、それに対しては地域ケア会議を通じた介護予防ケアマネジメントの強化や認定調査員の強化機能向上といったことに取り組むということが計画上、位置づけられている。

それから、被保険者1人当たり介護費が全国の中でも高いということに関しては、区分支給限度基準額に対して、居住系のサービスで多くのサービス利用がなされているということがわかったものですから、これに対する取り組みとしてはケアプラン点検等の適正化に向けた取り組み、高齢者住まいの運営適正化・質の向上セミナーの実施といった対策が計画に位置づけられて、取り組みがなされているという状況でございます。

3ページ目、保険者機能強化推進交付金につきましては、2018年度より交付がなされているわけですけれども、その中でPDCAの取り組みについて、特に交付金の中で1項目を設けて評価指標を設定しております。これに関して、都道府県について見たものが2つ目の○ですけれども、見える化システム等を活用した地域分析の実施、地域課題の把握といったことが位置づけられている。市町村については、その下の○ですけれども、見える化システム等を活用した地域分析の実施や地域差の分析、介護給付費の適正化の方策の作成ということが位置づけられている。

これに関しても、参考資料で具体的に見ていただいたらわかりやすいと思うのですが、25ページ目の2019年度の保険者機能強化推進交付金指標の得点率、これは都道府県分でございますけれども、実際、地域課題の把握と支援計画について都道府県の得点率がどうなっているかというところでございます。各項目それぞれ6項目ありますけれども、9割近くあるいは100%の得点がとれているということでございます。

26ページ目は県別に見たものでございますけれども、満点をとれているような都道府県もかなりの数があるという状況でございます。

それに対して、27ページ目ですけれども、これは同じく都道府県分の指標の得点率ですが、市町村への研修事業の実施というところに関しては、9割以上はとれているということですが、一方で、市町村へのアドバイザー派遣事業の実施というところに関しては、半分くらいの得点率になっている。

その次のページでございますが、都道府県別にその状況を見たものでございます。最初のグラフと比べるとかなりばらつきがあることが見てとれると思います。満点をとれているところも非常に少なくなっているという状況でございます。

さらに1枚おめくりいただくと、今度は都道府県の指標の状況ということで、特にPDCAサイクルの体制等の構築というところを抜き出したものでございます。PDCAサイクルに関する指標として、例えばマル2の「日常生活圏域ごとの65歳以上の人口の把握」は100%近い得点率になっている。一方で、それ以外の部分は6～7割の得点率となっている。特に6番目の地域医療構想を踏まえたものに関しては、4割しかとれていないという状況でございます。

最後の30ページ目ですけれども、これを都道府県別に市町村の状況を見たグラフになっております。かなり得点がとれているところととれていないところでばらつきがあるのがわかると思います。最もとれている静岡県を見ていただくと、満点80点中71.4点をとれているという状況であるのに対し、一番低い香川県では32点という得点率になっている。こういったことから、都道府県自体はPDCAサイクルに関して得点は非常にとれているのですけれども、市町村支援というところに関しては、その実効性も含めてもう一度見直す必要があるのではないかとわかってくると思います。

資料1に戻っていただいて、3ページ目は先ほど私から御説明したとおりでございます。

4ページ目でございます。こういった中で、骨太2019においてこういったことが書かれているかということでございますが、この1人当たり介護費の地域差縮減に向けて、国とともに都道府県が積極的な役割を果たしつつ、地域別の取り組みや成果について進捗管理、見える化を行うとともに、進捗のおくれて

いる地域の要因を分析し、保険者機能の一層の強化を含め、さらなる対応を検討することとされております。

そのための方策といたしまして、保険者機能強化推進交付金について、アウトカム指標の割合の計画的引き上げとともに、配分基準のめり張りの強化、さらなる見える化を通じて保険者へのインセンティブを強化する。さらに、調整交付金に関して次のポツで言及されておりますけれども、第8期の介護保険事業計画期間における調整交付金の活用方策について、地方自治体関係者の意見も踏まえつつ、関係審議会等において検討し、所要の措置を講ずることとされております。

こうしたことを踏まえた論点を2つ提示させていただいております。

前回の制度改正で導入した自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化の取り組みの推進の仕組み、PDCAプロセスについては、保険者機能強化推進交付金による評価結果を見るとおおむね順調に開始されているものの、市町村の都道府県別取り組み度合いのばらつきや、都道府県支援の実効性などの課題がある。今後、取り組みをさらに推進するためにはどのような課題があるか。さらに、これらの取り組みを推進するために、保険者機能強化推進交付金においてどのような点を評価することが適切かといったことについて御議論いただければと思っております。

続きまして、資料2は保険者機能強化推進交付金についての資料になっております。

この交付金につきましては、2つ目の〇ですけれども、2018年度より200億円（全額国費）の追加財源を確保して運用が始まっているところでございます。この交付金による評価につきましては、都道府県分については、先ほど申し上げたとおりですけれども、地域課題の把握と支援計画、それから自立支援・重度化防止等、保険給付の適正化事業等に係る保険者支援事業などについての評価、全体の枠は10億円ということになっております。

市町村分につきましては、PDCAサイクル体制等の構築、自立支援・重度化防止等に資する施策の推進等が位置づけられており、予算額は190億円程度となっております。

2019年度の評価結果の概況について申し上げます。2018年度と比べて、指標について変更していないものと変更したものがございます。まず、変更していない指標については、都道府県分の13項目で見ると、6項目で評価点は上昇しているということ。市町村分で見いただくと、41項目中22項目で上昇しているということで、取り組みの底上げが図られたということが言えるのではないかと思います。

それから、変更した指標、具体的にはめり張りをつけるためにハードルを上

げた指標の得点率を見ていただくと、都道府県では84.3%が66.3%、市町村分で68.1%が54.1%ということで、めり張りがついたということが言えると思います。

その一方で、得点率は下がっても指標で得点できた自治体自体の数はふえているということで、取り組みの底上げが一定図られたという評価はできると思います。

次のページをおめくりいただくと、個別指標の状況についての記述になっております。まず、成果指標、いわゆるアウトカム指標の配点について、20点から60点に引き上げております。これについて見ていくと、アウトカム指標において高得点をとった都道府県11中9県で合計点の順位が上がった。つまり、アウトカム指標で得点をとれたところは全体として見ても高い得点になっているということでございます。

それから、アウトプット指標を見ていっても、いずれのアウトプット指標でも実績に改善が見られた。具体的な例として、地域ケア会議の個別ケースの検討率については、2018年度で0.8%だったのが2019年度では1.3%となったということでございます。

2019年度の指標で特に新しく入れた試みとして、得点率が低かった市町村の中には、離島や僻地といった小規模自治体が見受けられたということがございましたので、都道府県が市町村と協力関係を構築して、市町村の施策を押し上げられるということが重要だろうということで、都道府県に対して重点的な支援を促すために、都道府県の評価指標の中で、管内の市町村で得点率が著しく低い市町村、具体的には得点率は約3割程度しかとれていないという自治体がある都道府県についてはマイナス10点という指標を導入したということでございます。

これによって、2019年度は4都道県において22市町村が該当しておりましたので、この4都道県については県の交付金の指標の中でマイナス10点をさせていただいたということでございます。

配点のめり張りづけを行っておりますけれども、全体的には得点が底上げされたということで、各保険者の得点のばらつきは拡大しなかったという状況にございます。

次の○ですけれども、保険者機能強化推進交付金につきましては、全世代型社会保障改革の大きな柱であります疾病予防、介護予防の実現や健康寿命の延伸といったものに向けた重要施策として位置づけられているという中で、その抜本的な強化を通じて自治体の取り組みを支援していくということが期待されております。

具体的には成長戦略フォローアップでございますけれども、こういったこと

が書かれているかというのがこの下のポツに書いてあります。

2つ目のポツですけれども、成果指標の導入拡大や配分基準のめり張り強化などを行うということ、あるいは高齢者に身近な通いの場を拡充するということと、介護予防と保健事業の一体的実施を推進する。その際、民間サービスも積極的に活用していくということが書いてあります。また、介護助手など介護施設における高齢者就労・ボランティアの推進、個人へのインセンティブとしてのポイント活用を図るということが位置づけられているということでございます。

1枚おめくりいただいて、論点として挙げさせていただいている部分ですけれども、これまでの介護保険部会の御議論におきましては、介護予防・健康づくりの推進、そのほかにも保険者機能の強化、認知症施策、介護人材の確保等の推進が重要であるということとされている。それに加えて、介護予防や高齢者の活躍促進については、各種閣議決定等でそれをより強力に推進していくことが要請されている。

こういったことに鑑みて、今後、保険者機能強化推進交付金についてどのような枠組みを構築していくことが必要か。あるいは、この2カ年度の実施状況、都道府県・市町村等の御意見、アウトカム評価の充実等の要請も踏まえて、具体的にどのような見直しを行うことが考えられるかといったことを御議論いただければと思っております。

参考資料2は、2019年度の保険者機能強化推進交付金の評価結果がざらっとついております。ここで逐一御説明はいたしませんけれども、適宜、御参照いただければと思えます。

資料3は、調整交付金についての資料になっております。

1枚おめくりいただくと、調整交付金の機能についての説明になっております。まず普通調整交付金につきましては、保険者の責めによらない要因による第1号保険料の水準格差を調整する。給付金全体の5%に相当する国庫負担金を活用して調整するということになっております。

調整の要素ですけれども、マル1、マル2とありますが、1つ目は、第1号被保険者に占める要介護リスクの高い後期高齢者の加入割合の違い、2つ目として、被保険者の所得段階別の加入割合の差、つまり所得水準を調整するとされております。そのほか、特別調整交付金といたしまして、災害等によって保険者が保険料利用料の減免をした場合に、減免額が全体の3%を超えた場合に、減免額の8割以内の額を交付するということになっております。

ここで普通調整交付金については、前回の制度改正でも一定の見直しを行っております。これにつきましては、参考資料3をおあけいただければと思えます。1ページ目の右下のオレンジの部分ですけれども、先ほど普通調整交付金

については、保険者における被保険者の年齢と所得水準を調整すると御説明したと思いますが、特に年齢について、現在は前期高齢者、後期高齢者というふうに区分をして、それぞれの要介護認定の認定率を重みづけとして調整しているということをごさいますけれども、実際、75歳以上と一くくりにしていて本当に正しい実態が反映できているかという問題意識がございました。

2 ページ目をおあげいただくと、左側にありますが前期高齢者、後期高齢者で見た場合、65歳以上の認定率が18.2%ということをごさいますけれども、後期高齢者に限って見ると32.2%という違いががございます。さらに85歳以上と切って見た場合には、認定率は60.1%まではね上がるということがございます。

給付費で見ていただいても、65～69歳の方、あるいは70～74歳の方の給付費というのはそれほど高くないわけをごさいますけれども、それが85～89歳以降になると急激に伸びていくということが見てとれるかと思えます。

こういった問題意識から、1 ページ目に戻っていただいて、見直しの内容ですけれども、従来は65～74歳と75歳以上という2区分だったものを、3区分、新たに75歳以上のところで85歳以上という区分を設けたということで、さらに年齢調整の部分について精緻化したという改正を行ったところがございます。

資料3に戻っていただいて、今、御説明したのは2つ目の○の部分でございます。3つ目の○をごらんいただくと、先ほども御説明したとおりですけれども、調整交付金についても骨太の方針の中で言及をされている。調整交付金の活用方策については、地方自治体関係者の意見も踏まえつつ、関係審議会において検討し、所要の措置を講ずるとされております。

こういった中で、論点として、調整交付金については、今後の高齢化の進展の中で保険者の責めによらない要因による第1号保険料の水準格差を平準する機能を適切に果たすことが求められている一方で、保険者機能の強化のための活用方策について検討することを求められている。そのあり方についてどのように考えるかということで、論点として挙げさせていただいております。

最後に1点、参考資料4について一言言及させていただければと思います。こちらは本日の議題とは直接関係ありませんけれども、今般の介護納付金算定にかかる事務誤り事案についてでございます。

本事案につきましては、健保組合等において予備費・準備金の活用や納付猶予等の対応について御負担をおかけすることとなり、制度を所管する立場として重く受けとめているところがございます。本事案の概要や主な経過、原因、再発防止等につきましては、5月23日の介護保険部会においても御報告させていただいたところですが、その中で、健保組合等における具体的な対応状況について、通常6～7月に開催される健保組合等の理事会・組合会の状況を踏まえて取りまとめる予定としておりました。

今般、健保組合等の対応状況についてアンケート結果を取りまとめましたので、それを資料として取りまとめたのが参考資料4でございます。適宜、御確認いただければと思います。

資料の御説明は以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、ただいま事務局から説明のあった内容につきまして、どの内容でも結構でございますので、皆様から御意見、御質問等をいただきたいと思えます。

それでは、こちらから参りましょうか。梶田委員、どうぞ。

○梶田委員 まず、調整交付金ですけれども、市町村格差はいろいろな状況が違いますので、当然必要なものなのです。ただ現在、機械的に全てを細かくして行って、計算をしている。そうすると、今回の第7期の保険料で調整交付金を受けている、しかも5%以上の交付金を受けている自治体で保険料が下げられるという状況が出ているところがあります。保険料全体とすれば上がっているときに、それを下げられる自治体に、果たして5%以上の交付金を出すべきなのか。もっとほかの市町村に回すべきではないのかという部分が少しあります。

保険料を下げた自治体というのは、どういう状況かはわかりませんが、ただ、機械的に見るとそういう面も出てきます。ですから、調整交付金自体も、少し機械的な部分は当然必要ですけれども、一部にはインセンティブ的な部分も考える余地があるのではないかと考えています。

もう一つ、いわゆるインセンティブ交付金の件なのですが、きょう資料で、都道府県別と都道府県の中の市町村の平均的な部分を出していただいています。市町村単位の評価の部分や交付金の金額というのは、どのような形で公表されているのか。まずそれをお聞きしたいのです。

よろしいですか。

○遠藤部会長 それでは、事務局からコメントをお願いします。

○山口介護保険計画課長 交付金の市町村別の実績について公表されているのかという点につきましては、都道府県ごとにまとめたものでしか公表はしていないというのが現状でございます。もともと公表を前提に市町村にお願いしている部分ではない部分もありますので、取り扱いについて一律公表というところがなかなか難しいのではないかと判断でそのようにしているわけござ

います。その取り扱いも含めて、今後どうしていくかは御議論の余地があるかと思えます。

○梶田委員 ありがとうございます。

そうしますと、まず、市町村にお聞きしますと、都道府県から自分の金額の分は教えてもらったけれども、隣の点数等はわかりませんということです。そうすると、活用する上において、自分のところの点数は自分が点をつけていますのでほぼわかっていますね。あと、厚労省が付加する部分もありますけれども、それではなくて、やはり近隣の市町村の状況を見て、自分のところはどのような努力ができるかというのが、このインセンティブ交付金の評価項目の内容の公表が必要なのではないのでしょうか。

前回、2016年12月の介護保険部会の意見書の中では、たしかインセンティブ交付金につきましては、各市町村、都道府県ごとに住民を含めて公表することとし、成果を他の地域と比較することにより、PDCAサイクルを活用することが適当であるという旨の意見書も出していると思うのです。その意見書が、ある意味では地域包括ケア「見える化」システムの部分にすりかわってしまっているのではないかという気もしていますので、公表すべきものはしていただいて、市町村が生かせる形をつくっていただけたらと思っています。

以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、事務局、お願いします。

○山口介護保険計画課長 1点補足させていただきます。

各市町村におきましては、自分の自治体が各項目において、ほかの自治体と比べて何位にいるかというところまでは示しているところがございます。確かに全住民を含めてお示しするというところまではできていないのですけれども、自分の自治体が全国でどのあたりにいるかというのは項目別に見られるようにはしております。そこは1点だけ補足させていただければと思います。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

藤原委員、どうぞ。

○藤原委員 初めに、保険者機能の強化とインセンティブ交付金についてお願い申し上げます。

まず、各市町村においては、それぞれの地域の実情に応じまして、高齢者の

自立支援や介護予防に向けた取り組みを進めてまいりましたが、どうしても市町村の肝や地域資源、地域の産業等の違いによりまして、取り組みの進捗や介護士等に差が生じているのも事実であります。

その地域差をどう縮減するかということは重要なテーマであります。資料にあるように、インセンティブ交付金の評価指標の追加等によりまして、市町村等の努力を促すことで全てが解決できるかという点、そうではないと思います。

取り組みの進捗や介護士等の地域差には、それぞれの地域の実情が大きく影響しております。まずはその地域差が生じている要因をしっかりと分析することが必要であります。その上で、また個々の市町村の努力で解決できるものはしっかりとやる。そうでないものもまた仕分けをしまして、個々の市町村の努力で解決できるものについては、インセンティブの活用も一つの選択肢でしょう。

逆に、個々の市町村の努力では解決できないものについては、国や都道府県による支援体制が必須でありますので、ぜひこの件については検討していただきたいと思っております。

なお、インセンティブ交付金の評価指標につきましては、体制の整備や専門職の確保が前提となる評価指標など、都市部と中山間地域、離島等では条件が大きく異なるものでありますので、例えば人口規模別に評価するなど、中山間地域や離島等に対して特段の配慮をお願いするものであります。

また、アウトカム指標を初め評価指標の追加等に当たっては、個々の評価指標について自立支援・重度化防止等の因果関係をよく検討した上で、その指標が本当に必要かどうかを判断すべきであると考えております。

インセンティブ交付金の評価指標による評価について、取り組みがおくれている市町村にペナルティーを与えるためのものではなくて、おくれている市町村の事情を分析しまして、国または都道府県としてどのような支援が必要かを検討するための材料として捉えているものであってほしいと思っております。

最後に、調整交付金についてであります。本日の資料にもありますように、保険者の責めによらない要因による第1号被保険者の水準格差の調整を行うためのものであります。したがって、これを保険者機能の強化のために活用するということは、その趣旨に反するものではないかと思っております。全国の町村会としては、これは明確に反対していかなければいけないと思っておりますので、よろしく願いいたします。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

大西委員、どうぞ。

○大西委員 藤原委員の御意見に関連いたしまして、お話しさせていただきたいと思います。

最初に、最後の議題の調整交付金の話ですが、今、藤原委員からもございましたように、本来調整交付金は国の負担金25%のうちの5%分を全体の調整に充てるということで、そもそも市町村間の高齢化率や所得の格差等、保険者の責任によらないところでどうしても効率的な運用ができない部分をカバーする役割を果たしているのがこの調整交付金でございますので、そのような機能を損なうような措置は入れていただきたくないということでございます。この調整交付金を、保険者機能強化のためのインセンティブ交付金の財源にという話は前回の制度改正時から出ておりますけれども、これは決して活用すべきではないということを申し上げたいと思います。

それから、自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化とインセンティブ交付金の関係でございます。まず、インセンティブ交付金でございますけれども、インセンティブの効果がかなり表れてきている、全体の保険者機能の底上げにもつながっているという御説明が先ほどございましたが、19年度予算で都道府県分10億円、市町村分190億円程度ということではございますけれども、ぜひともプラスの支援という大きな力として、しっかりと安定的な財源確保をお願いいたしたいと思っております。

前日も発言させていただきましたけれども、このインセンティブ交付金は、制度創設後、短期間でございますので、まだまだ試行錯誤的なところはあろうかと思っておりますが、評価指標の見直しが行われて、その都度、交付額が増減するということになりますと、保険者にとりましてはきちんと交付金を見込んで事業を行いたいのですけれども、安定的に事業展開できないということがございます。このため、試行錯誤しながらも中長期的な観点に立って見通しを立てて、ある一定期間、事業運営が確実に維持できるような指標設定をよろしくお願いいたしたいと思っております。

また、先ほどからお話が出ていますけれども、市町村ごとに地域の実情は様々でございます。したがって、自立支援・重度化防止に向けた取り組み状況も様々でございます。

先ほどの調整交付金の話ではないですけれども、保険者の責任によらない格差と同様、どうしても地域資源等による制限のために十分な取り組みが行えず、得点率は低くならざるを得ないという自治体、保険者もあるわけでございます。インセンティブ交付金はめり張りをつけるためのものではございますけれども、それだけですどうしても地域差拡大ということになってしまいますので、そうならないよう、都道府県における市町村を引っ張っていくような役割を評価

していただきたいのと、あるいは評価指標におきましては、それほど格差が拡大する方向に働かないような、全体の底上げに配慮をした枠組み、評価指標にしていきたいと思っております。

それから、市町村の評価結果におきましては、項目ごとに得点率のばらつきがありますけれども、それ以上に都道府県別に見ても、顕著なばらつきが見られます。先ほど御紹介いただきましたが、香川県の場合、市町村分が全国で最低の点数になっているわけございまして、いろいろな要因はあろうかと思いますが、一つ言えますのは、非常に主観的な評価指標が多いということございまして、なかなか数値化してきちんと評価しにくいところがあるということございまして。その辺につきましては、できるだけ客観的な評価、しかも先ほども申しましたけれども、市町村の保険者の機能を本当にきちんと強化できるような指標設定を始め、都道府県による市町村に対する研修やアドバイザー派遣といった支援や指導を強化するため、そこにインセンティブみたいなものを働かせられるような指標設定というものをぜひお願いしたいと思っております。

以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、ほかにいかがでございましょうか。

佐藤委員、どうぞ。

○佐藤委員 ありがとうございます。

今回、保険者機能の強化のポイントとしてPDCAというのが何度か出てきていますけれども、Cが仮に現状把握、分析だとしたときに、それに対してどのようなアクション、つまり対応策があるのかということの関連づけがすごく大事だと思います。

今回御紹介いただいた富山、大阪のような具体例があるのですが、チェックした後どのようなアクションが可能なのかという道筋は、ちゃんと自治体さんたちに見せていくことが必要で、かつアクションが本当にアクションになっているかどうか。対応策のPDCAというのも必要で、それは恐らく幾つかの自治体さんでは優良事例も出てくると思うので、もしうまくいった事例があれば、それを見える化させて、横展開していくということは一つ指標としてあるかなと思います。

もう一つ、今、評価指標の話が出たので、評価指標にも実はPDCAがありまして、まだ若い制度ですので、なかなか現場に合わない指標あるいはもっと精緻化できる指標があれば、そこは適宜、見直していく。PDCAというのはそういう

使い方もあるのだろうと思います。

あと、インセンティブ交付金の効果の検証も必要で、例えばインセンティブ交付金をもらっていない自治体、評価は少ないのだからもらわないのですけれども、逆に何で頑張らないのか。頑張らないのか、頑張れないのかもちゃんと見きわめる必要はあるかと思います。何がボトルネックになっているのかという分析です。

それから、一番大きなインセンティブは、私が理解する限りは保険料だと思います。先ほど保険料の話が出ていましたけれども、この評価指標を是としたときに、評価指標の高い自治体における保険料はどうなっているのかなと。ちゃんと改革に報われているのかどうか。保険料という形で住民に還元できているのかどうか。逆に何もしていない自治体が、何か知らないけれども保険料を低い数字で済ませてしまっているとか、保険料との関係も少し検証する必要があるのかなと思いました。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

河本委員、どうぞ。

○河本委員 ありがとうございます。

まず、保険者機能の強化の関係でございますけれども、今回お示しいただいた資料の中でも、都道府県により支援の取り組みとして、大分県の取り組みは大変参考になると思います。課題の分析から対策、評価まで一連のサイクルが示されていると思います。

先ほど佐藤委員もおっしゃいましたけれども、参考になる取り組みの横展開はきっちりやるべきだと考えております。

あと、参考資料の26～28ページぐらいで都道府県の支援の点数、それから都道府県別の市町村の取り組みの点数が出ておりますけれども、ぱっと見ると必ずしも相関していないというか、都道府県の点数は高いのに、その都道府県の市町村の点数が余り高くないといった例が散見されます。

先ほど、離島など著しく低いところを抱えている都道府県はマイナス評価みたいなお話もございましたけれども、本来その都道府県の支援の点数と市町村の点数というのはある程度リンクすべき話のようにも思いますので、その辺は理由を分析した上で、指標や点数の工夫といったものも必要ではないかと考えます。

それから、保険者機能強化推進交付金の関係でございますけれども、この200億のインセンティブは、給付費の適正化や認定率の地域差の是正に向けて、ア

アウトカム指標や定例的な評価をさらに導入するなど、実効性のある取り組みをお願いしたいと従来から申し上げておりますし、強く考えております。

この200億は、私どもに言わせますと介護納付金の総報酬割で浮いた財源で導入されたと考えておりますので、この交付金がどれだけきちんとした成果を上げるのかということに対して、強い関心がございます。

それから、以前のこの部会で、総報酬割の影響金額が足元でどのぐらいになっているのかということを示すように要望した経緯がございますけれども、これもその後、御回答いただいておりますので、いつごろ示されるのかの見通しを伺いたいというのが質問でございます。

要望というか希望になってしまいますけれども、給付費の伸びに加えて、今もちょうと申し上げましたが、段階的に拡大している総報酬割が来年度は全面総報酬割になるということで、保険者の負担はさらに重くなるということもございます。負担軽減の継続をぜひお願いしたいと考えております。

それから、そもそも論になりますけれども、自立支援や重症化予防の取り組みというのは、本来はインセンティブの有無にかかわらず、保険者として当然取り組むべきことかと思えます。その意味では、事業を実施して、改善をした保険者に加点する一方で、そういうことがやられていない保険者にはペナルティーをつけるとか、財政中立ではございませんけれども、そういったことも底上げを図っていくという意味では、将来的に必要なのではないかと考えております。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、安藤委員、お願いします。その次に岡委員、お願いします。

○安藤委員 ありがとうございます。

まず、自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化について、意見を述べさせていただきます。

保険者機能強化推進交付金につきましては、要介護度の維持・改善といったアウトカム指標を重点的に評価すべきであると考えております。この点、都道府県分、市町村分の双方にアウトカム指標が設定されてはおりますが、現在のアウトカム指標の配点では、総得点に対する割合がまだまだ低いと言わざるを得ませんので、資料1の4ページで紹介されている骨太の方針2019にも記載がありますとおり、アウトカム指標の評価割合をさらに引き上げるべきであると考えております。

参考資料1の30ページ、都道府県でいっばい差があるというのはよく見えて

いるのですけれども、その中で、それぞれ点数が低い県が、何で点数が低かったのかということの取りまとめをしていただければありがたいかと思います。その部分でいろいろな課題が見えるかと思いますが、その点はよろしくお願いいたします。

それから、保険者機能強化推進交付金につきましては、介護予防や在宅医療、介護連携など、自立支援・重度化防止等に向けた取り組みを推進するに当たりましては、実施状況の検証を行って取り組み内容の改善を行うなど、PDCAサイクルを適切に回しながら実施することが非常に重要であると考えております。

この点で、例えば参考資料2の27ページ、介護予防、日常生活支援を例に見ますと、指標のマル2とマル3がこれに該当すると思うのですが、平均点を見ますと、半分以上の市町村で点数がかなり低いのが見受けられます。このような状況の中で、サービスを御利用なさる方たちに対して、効率的・効果的な取り組みが実施できているとはとても思えませんので、評価割合の引き上げや平均点が上がるような国や都道府県による支援のあり方をぜひ検討していただければと思います。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

先ほど河本委員から、事務局に対して御質問が一つありました。失礼いたしました。事務局、それに対してお答えいただきたいと思います。

それと今、安藤委員からも、点数が低いことに対する内容についての質問がありましたので、何かコメントがあればお願いしたいと思います。

事務局、お願いします。

○山口介護保険計画課長 まず、河本委員からの御質問についてですけれども、総報酬割の影響額について、これ自体は多角的な検討が必要であるということがございます。昔、示した資料の時点からは給付費が伸びたり、第2号被保険者の中でも被保険者数の変動などもございます。そういった中で、どういう方向でやっていくかについてまず整理が必要かと思っております。

これにつきましては、個別によく御相談させていただきたいと思っておりますので、よろしくお願いいたします。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

あと、安藤委員から。

○山口介護保険計画課長 アンケートにつきましては、インセンティブ交付金

でもPDCAをやるべきだというお話もいただいておりますが、これについては調査研究をやろうと思っております、もう事業者も決まっているところでございます。これから着手していきたいと思っておりますので、そういう中で委員の御意見なども踏まえていければと思っております。

○遠藤部会長 ありがとうございます。
岡委員、どうぞ。

○岡委員 ありがとうございます。

私からは、要介護認定の地域差とインセンティブ交付金に関しまして2点、申し上げたいと思います。

まず、参考資料1の9～10ページに示していただいておりますけれども、都道府県ごとに要介護の認定率に大きな差が生じています。認定率が最も高い大阪府と最も低い山梨県の差は約1.6倍にもなります。山梨県は2014年度から2018年度まで、全国で最も低い認定率となっておりますが、他方、内閣府の平成30年版高齢社会白書によれば、健康寿命も男性で全国1位、女性で全国3位の長さで報告されております。つきましては、認定率の低さと健康寿命の長さとの因果関係について分析を行っていただき、介護予防につながる効果的な取り組みがあれば、それをぜひ全国に展開していただきたいと思っております。

続いて、保険者機能強化推進交付金ですが、先ほど河本委員がおっしゃっていた御意見と同じでございますけれども、日本商工会議所としましても、以前から申し上げているとおり、自立支援や重度化防止の取り組みについては、本来保険者が担うべき業務の一つにすぎないと考えております。つきましては、この交付金が本来の目的である自立支援や重度化防止にどれほど効果があったのかといった点についての検証をしっかりと行っていただき、無駄がないようにしていただきたいと思っております。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

ほかにいかがでございましょうか。

津下委員、柏崎参考人の順番でお願いします。

○津下委員 ありがとうございます。津下です。

まず、参考資料の7ページにありました都道府県の要介護の格差でございます。年齢調整はしてありますけれども、年齢調整をしても原因が違うものが一緒に入っている。例えば65～74歳で要介護になるというのは脳卒中や糖尿病、

生活習慣病の重症化が多いし、また、85歳以上になれば認知症予防とか、それぞれ原因が違うということがありますので、年齢調整し切れないし、対策もそれぞれ違うと考えます。

特に前期高齢者までの要介護認定については、生活習慣病の重症化予防や医療保険の予防と一体的に行っていく対策が必要になってきますので、切り分けた分析が必要かなと思います。

それと同時に、1人当たりの費用が高いというのは、どちらかという重症化しやすいし、認定率というのは、軽い人が多く認定されている状況ということで、地域の支え合いとかさまざまな要素が入ってくるということで、見る指標がどういう意味合いを持っているのかということを示しながら、この数字と対策をつなげていくということが非常に重要かと思っておりますので、そのあたり、より精緻に自治体が検討できるようにお願いしたいというのが1点目です。

2点目は、都道府県のインセンティブ交付金なのですけれども、都道府県はやっているけれども、自治体、市町村には届いていないケースがある。例えば研修をやったり、サポートを出しても全市町村に対してくまなく行っているかというとなかなかそうはならない。大分県の事例や富山県の事例を見ますと、二次医療圏や保健所、幾つかの市町村を地域で都道府県がサポートする仕組みが機能している自治体、これは生活習慣病予防からもつながっているわけですが、そういう自治体できめの細かいサポートができていないのかと推察するところです。

そういうことで、都道府県の評価指標として、県全体でやっていますということだけではなく、二次医療圏や保健所管内など、小規模な自治体を集めてきめの細かい実施体制ができていないのかどうかという観点で、一度検討していただくといいのかなと思います。

それから、数字の公表についてですけれども、自治体自身の非常に身近な数字があると、行政だけが頑張る話だけではなく、地域住民や関係者も一緒になって取り組む指標であると。熱心にやっている自治体は、自分のところの点数が何点だったかということ公表されております。そういうことで、行政だけで頑張ることができる話ではないので、全ての点数を公表する必要はないかもしれませんが、住民や関係者に知っておいていただきたい項目については、積極的に公表するなどの対応をお願いできないかと考えております。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

柏崎参考人、お願いします。

○柏崎参考人 ありがとうございます。

まず、議題1「自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化」と議題2「保険者機能強化推進交付金」の評価指標について、2点ほど申し上げたいと思います。

こうした自立支援・重度化防止に向けては、ロコモ対策やフレイル対策に取り組むことが非常に重要であると考えておりまして、こうしたことをインセンティブ交付金の評価において積極的に評価することが必要と考えております。

例えば神奈川県の場合では、未病改善というコンセプトのもとに「食」「運動」「社会参加」の3本柱を推進しようとして取り組んでいるところですが、こうした視点からの評価指標を位置づけることが必要と考えております。

この点につきましては、保健事業との一体化が進められる中で、双方において連携して検討していくことが必要と考えております。

次に、2点目ですけれども、アウトカム指標の充実が論点となっております。アウトカム指標の重要性の認識はしているところでございますけれども、その指標の設定におきましては、例えば改善率といった場合に、これまで取り組みが進んでいる保険者においては発射台が高くなると思いますか、こういった点も考えられると思いますので、適切に評価できる指標を設定する必要があると考えております。こうした点から、指標の見直しあるいは追加に当たっては、都道府県あるいは市町村の意見を何らかの形で聞く場を設定していただければありがたいと考えております。

もう一つ、最後に調整交付金の関係ですけれども、やはり調整交付金につきましては、その趣旨が保険者の責めによらない要因を是正するものでございますので、保険者機能の強化のための活用方策という内容が、まだこの段階では明らかではありませんけれども、そもそもの趣旨を踏まえた形での議論とする必要があると考えるところです。

以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございました。

ほかにいかがでございましょうか。

それでは、石田委員、どうぞ。その次に伊藤委員という形でお願いします。

○石田委員 ありがとうございます。

先ほどから幾つも出ているのですけれども、今回、指標の内容につきまして、実際にこの指標のままでしばらくこれが続くのか、もう一回見直しということが検討されるのであれば、どのぐらいのタイミングで見直しがされるのか、について確認させていただきたいと思います。実際に今回この指標に基づいて事

業が行われ、実際に事業に取り組んだ自治体にとっては、こういう項目では実態がなかなか反映できないといった意見を聞き取っていただけるとかという点についてお聞きしたいと思います。今後の方策として、この指標はしばらく続くのかどうかというところをお伺いしたいという点が一つ目です。

それから、もう1つお聞きしたいのは参考資料2の14ページです。関心がありましたので、「介護人材の確保」の結果の中で、介護人材の確保について、青森、富山、岐阜、三重の4県が満点の68点となっております。一方で、同じ資料の33ページにも「介護保険運営の安定化に資する施策の推進」ということで、介護人材の確保の得点を見てみますと、今、挙げた青森、富山、岐阜、三重のうち青森、岐阜、三重は平均よりも下回っているのです。富山については赤色がなくて、青のほうは平均よりも上回っているというような表示がされております。これらの内容に関する整合性について、教えていただければと思います。

以上です。

○遠藤部会長 事務局、コメントがあればお願いいたします。

○山口介護保険計画課長 まず、指標の見直しのタイミングですけれども、基本的には来年度に交付する交付金についても、指標を見直していくつもりでおりますが、当然、本日出た御意見なども踏まえながら検討したいと思っております。

それから、指標の整合性につきましては、これから調査研究等で分析していくことが必要になってくると思いますので、そういったことも踏まえながら、また調査研究したいと思っております。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、伊藤委員、お願いいたします。

○伊藤委員 伊藤です。

きょうはいろいろ詳細な資料を出していただいたので、これに基づいていろいろお聞きしたいこともあるのですが、意見だけにさせていただきます。

自立支援・重度化防止というのは、本当に重要だと思っています。保険者機能を強化することにより、結果として、給付費を抑えていくことにつながるという努力も、制度の持続可能性ということを考えれば重要だと思っています。そのために、見える化が大変有益だと思っています。改めて資料を出してもらって、本当にそう思いました。

しかし、インセンティブを使うということになれば、その性格が変わってきてしまうのではないかと、これを心配しているのです。地域差の縮小が自己目的化してしまっていないかと、とても心配と違和感があります。なぜ取り組みが低調な自治体、保険者あるいは都道府県があるのか。介護費用の伸びの要因分析など、これまでも行われているのは承知しています。けれども高齢化と報酬改定の影響ぐらいしか分析されていません。ぜひ国にももう少し詳細に分析してもらって、地域差の要因との関連性などをわかりやすく市町村、保険者などに示してほしいと思います。

結果としての平準化ということを確認するだけでなく、保険者はどこを目指していけばいいのかということがわからないと、何をしたらいいのかというのがなかなかわかりにくいと思うのです。例えば、人事や雇用管理だと、今どき「気合いを入れろ」だとか、「ほかのやつは頑張っているのだぞ」などと、「頑張れよ」と言っても効かない時代です。好事例を見せて、「頑張ろうね」ということでうまくいけばいいが、こういう要素がある自治体においては、こういうことに取り組むことが結果を生みやすいというような分析、研究をやってもらって、その自治体、保険者が具体的にやればいいことが見えてくると、すごくいいのだろうなと思っています。

指標については、アウトカム指標を充実させるということは重要だとは思いますが、一方で気をつけておかなければいけないのは、有病者を悪とするようなスティグマにつながるようなことは絶対によくないですから、適切な運用に向けて、プロセス評価との組み合わせは欠かせないと思います。

また、私たち働く者の立場とすれば、もちろんボランティアなど多様な働き手の活用に向けた評価は、それはそれで重要だとは思いますが、それが介護労働者の確保とトレードオフの関係にある可能性がありますので、ボランティア等の確保によって、介護労働者への影響、賃金やサービスの質への影響もありうることを留意して、その評価のあり方は考えていかなければいけないと思います。

最後に、調整交付金の話については、前から言っているので変わらないのですが、保険者の責めによらない要因による保険料格差の是正という目的があるので、それはこれ以上、保険者機能の強化に活用していくということではなく、本来の目的を果たすべきだと思います。この保険者機能の強化というのは、もう既に導入されているインセンティブ交付金のほうの活用で行っていくというのが適切だと思います。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

ほかにはいかがでしょうか。

それでは、村上参考人、お願いいたします。

○村上参考人 保険者機能強化推進交付金、インセンティブ交付金について、働く者の立場から意見を述べさせていただきます。

6月21日に閣議決定されました成長戦略フォローアップにおいて、2020年度にはさらなるインセンティブ措置の強化がうたわれています。しかし、介護現場において、インセンティブを重視する余り、利用者本人が望む介護とかけ離れた介護をせざるを得なくなることや、要介護度の維持、改善への過剰な期待による介護従事者への心身への負担がとて懸念されます。

過去には、通常のデイサービスに通っていた利用者に無理やり機能訓練をさせたことによって、楽しいはずのデイサービスに足が向かなくなったということは記憶に新しいと思います。利用者本位で働く介護従事者にとって、とても辛いことです。

要介護度の回復のために、ADLばかりに視点が行って利用者本人がやりたくないことを無理にさせることは、かえって要介護度が悪化する可能性があります。

また、ケアマネジャーは利用者の身体機能だけではなく、心と生活の質とのバランスをとりながらケアプランを作成していますので、もしその中にADLを偏重した成果指標の観点が入ってくることがあれば、利用者の自立支援が失われることにもなりかねません。

したがって、成果指標の入れ方は、QOLと家族のレスパイトの観点から、ADLに指標が傾き過ぎないように配慮する必要があるのではないかと考えます。そして、現場の介護従事者が心身ともに無理をしない指標にしていきたいと思っています。

1点質問があります。参考資料2の14ページ、介護人材確保の評価指標で、介護に関する入門的研修の実施状況の平均が4.9ととても低い点数となっています。この点数が低い、つまり入門的研修未実施の自治体が多い理由について、また、点数を上げていく、つまり入門的研修の実施を推進していく方策について、厚生労働省としてはどのようにお考えなのかお聞かせください。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

では、事務局、御質問がありましたので、対応をよろしく申し上げます。

○尾崎振興課長 振興課長でございます。きょうは福祉人材確保対策室長が来ておりませんので、私のほうからかわってお答えをさせていただければと思い

ます。

確かに都道府県ごとにばらつきがありますが、入門的研修というのも重要な施策ですので、そういったことの周知を図ることなりをしながら、各地域で入門的研修を実施できるように努めていきたいというのが1点でございます。

そのために、これらの研修につきましては、国としては医療介護の総合確保基金というものを使いまして、各都道府県に助成ができるような形になってございます。こういったものもしっかり使っていただけるように、各自治体と意思疎通をよく図りながら、物事を進めさせていただければと思っております。以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

いかがでしょうか。

濱田委員、山際委員、鈴木委員の順番でお願いします。

○濱田委員 ありがとうございます。

自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化と保険者機能強化推進交付金について意見を述べさせていただきたいと存じます。

まず、参考資料2の2ページにありますように、評価指標の見直しにつきましては、それぞれの項目において、各都道府県において全般的に達成率が高いものと、ばらつきがあるものがあるかと思っておりますので、達成率の高いものにつきましては、例えば項目を次のステップに向けたものに、新たな重点課題となっているものに変えていくというのも一つの方策かと思っております。

例えば、自立支援・重度化防止ないしは介護人材の確保等でございますけれども、今、重点課題としましては、例えば介護離職防止対策が重要になっていまして、介護離職ということは、その人本人は介護者家族に当たるのだらうなということを思っております。その人が離職せず介護ができるような状況になれば、在宅、すなわち地域で暮らし続けられるということにもつながります。先ほど、村上参考人からの御意見もありましたが、ADL以外に、QOLに関する項目なども、達成率の高いものにつきましてはそうした言葉を挿入して置き換えてみるというのも一つ方法かと思っております。

それから、介護人材確保につきましてもかなり取り組みがされているかと思っておりますが、実際に採用につながったかどうかとか、介護人材以外にも、その他の医療、福祉、あるいは介護支援専門員、他の職種も不足しているケースもございますので、そうしたところも少し御考慮いただいて評価指標を設定してもよいのかなと思っております。

各項目を横断的に関連づけるということも、検討いただいてもよいのかなと

思ったりもいたします。例えば、参考資料2の13ページに「介護給付の適正化」というところがございます。一方で、22ページでは「自立支援・重度化防止等に資する施策の推進」という評価指標があり、前者は都道府県分、後者は市町村分ということでこのあたりは関連づくわけです。一方で、前者「介護給付の適正化」のほうは比較的達成率が高いのかなということではありますが、22ページの「自立支援・重度化防止等に資する施策の推進」のほうでは少しばらつきがあると感じます。例えば「自立支援・重度化防止等に資する施策の推進」の方の評価指標である「居宅介護支援事業所の質の向上へ向けて、具体的なテーマを設定した研修等の、具体的な取組を行っている」とか、「保険者としてケアマネジメントに関する保険者の基本方針」や「介護給付の適正化」の取り組みの状況について介護支援専門員に対し、取組の重点的なことなどが伝わってまいりますと、「介護給付の適正化」にもつながっていくのかなと思います。このため、各項目を関連づけて横断的に評価していくというのも一つ方法かと思っております。

また、先ほど申し上げた介護者支援ないしは認知症の利用者、家族支援、在宅医療介護連携などにつきましても、達成率を見て次のステップを検討いただくということと、これらについては相談支援体制の充実ということが支援の対応策につながってくるかと思っておりますので、間接的な要因につきましても今後御検討いただければと思っております。

以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

山際委員、お願いします。

○山際委員 ありがとうございます。

保険者機能を強化していく目的の一つであります地域包括ケアシステムの深化・推進のために、これについては介護保険制度だけにとどまらず、地域づくりの観点が非常に重要だと考えております。自助・互助の取り組みや民間を含めた地域資源の活用など、地域全体を見たマネジメントの強化がより重要になってくるだろうと考えております。

一方、規模の小さい保険者の推進を図るという観点について言うと、広域化の推進あるいは都道府県のサポートの取り組みの強化が必要だろうと考えておりますので、そうした取り組みについて、インセンティブを強化するということについても必要ではないかと考えております。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。
鈴木委員、お待たせいたしました。

○鈴木委員 ありがとうございます。

私は1つ質問と1つコメントなのですが、質問というかグラフの見方なのです。資料1の現状と課題の2ページ目の中ほどに大分県の例が出されておりまして、大分県は要介護認定率が全国平均と比べて高い。第5期にここをやって、第6期にここをやって、第7期にはここをやろうということが書かれております。ただ、参考資料1の12ページを見ると、大分県というのはそれほど全国平均より高いのかということが一つ。

それから、これは平成14年度と18年度の比較の散布図ですから、これから読むと確かにほぼ0.4%要介護認定が下がっておりますが、12ページのグラフの上の○の2つ目を見ますと、2018年度に以下となったのは3県、青森、秋田、三重となっております。青森は確かに1%減なのですが、なぜここで大分県なのか。私は間違っているのかわからないのですが、それが質問の1点目です。

もう一点は、同じ資料1の自立支援と重度化予防で、保険者へのインセンティブにもかかわることなのですが、介護予防の取り組みの強化をして、いろいろな評価指標で、よいところにはインセンティブをつけるということなのですが、介護予防というのは、予防のステージ割りつけというのは一次、二次、三次の予防対策があるわけです。一次というのは、まだリスクのない方々に対して、いつまでもリスクを持たずにやる。疾病であれ、介護であれです。二次というのは、リスクが出た人に対して早目に対策する。三次というのは、御存じのように重度化予防ということになります。

予防全体を評価するというときに、もちろん先ほどから出ている調整交付金の交付基準の見直しのところで、調整交付金を後期高齢者の多いところと低所得の多いところに重点的に配分するということなのですが、大事なことは、前期の高齢者というのは一次予防、二次予防でほとんど経費はかからないのです。それが如実にあらわされているグラフが参考資料3の2ページです。1人当たりの介護給付費というところで、後期高齢になると非常に給付費が多くなっていく。これはある意味で当然のことで、なぜかという、この場合にはもう要介護状態になっている、重度化予防に非常に大きなお金がかかっているからということになるかと思えます。

では、なぜ重度化予防をしなければいけないか、こういうふうになっていくかという、それは根っこの部分では生活習慣病対策というのが一番大きなポイントになるだろうと思われまます。先ほど山梨県の例で、認定率も低いし、健康寿命も長いということが挙げられましたけれども、恐らく山梨は一次予防、

二次予防に大きく力を注いでいる。正確にはわかりませんので、推定です。そのために、重度化を先送りすることができているのだらうと思われま

す。申し上げたいことは、インセンティブ交付金の場合に年齢や低所得というのも大事ですけれども、予防対策の内容や、先ほど津下先生がおっしゃっていましたが、疾病特性というものを見ないと、一律に、あなたのところは予防対策がうまくいっていないですよということを果たして言ってしまっているものかどうかというところは疑問に残っております。

以上2点でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

ほかにいかがでございますでしょうか。

石本委員、お願いいたします。石本委員、井上委員の順番でお願いします。

○石本委員 ありがとうございます。

先ほど来、何人かの委員からも出ておりましたが、自立支援・重度化防止を国民としてもこれに努めるというのは大変重要なことであるというのは重々承知しているのですけれども、インセンティブ交付金、さらにそれを強化していくという流れの先に我々が懸念しますのは、サービスが必要な人までサービスを受けられなくなってしまうのではないかとこのところに対する懸念でございます。

やはり、認知症を初めとして、努力はしたものの、どうしても努力の限界というのが人間はいずれやってくるわけでございまして、そもそも介護保険制度というのは、介護が必要な状態になったことを保険事故として給付を受けるという制度でございますので、第2条4項にも、給付の内容と水準に関しては、日常生活を営むことができるように配慮されなければならないということが書かれてございます。よって自立支援・重度化防止と配慮されなければならないという部分のバランスが崩れないように、ぜひとも御配慮いただいて、議論が進んでいければと思うところでございます。

以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

お待たせしました。井上委員、どうぞ。

○井上委員 ありがとうございます。

インセンティブ交付金のところなのですけれども、これまでの取り組みの評価が非常に難しいなと御説明を聞いて感じました。とは言え、見える化が進ん

だということは非常に前進だと思えます。まず、この事業の実施により、アウトカムの高い事例が幾つか出てきていると思えますが、そういう点は明らかになってきていますので、ぜひそこを横展開していただきたいと思えます。また、むしろ今後の評価軸において、よい事例をアクションとして実現に結びつけていくというところを次の評価にするということもあるのではないかと思います。

あと、目標は若干高いところに置いておかなければインセンティブの意味がありませんので、評価の際には、達成率が余り高いものについては見直していかなければいけないのではないかと思います。

それと、このインセンティブ交付金の全体の評価自体は、長い期間、今後もずっとやっていくということではなくて、最初に申し上げたように、具体的なアクションに結びつけるための過程だと思えますので、その効果が達成されたときには、交付金のあり方自体を見直していくべきではないかと思います。

以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

ほかにいかがでございましょうか。

花俣委員、お願いいたします。

○花俣委員 ありがとうございます。

今回のテーマは保険者である市区町村の運営や財源にかかわるもので、介護を必要とする人や介護する家族にはなかなか難しい論点だと思っています。

専門でもないわけですけれども、資料を拝見すると、認定率あるいは区分支給限度基準額など、介護のある暮らしに直接関係があることも多くありますが、既に関連した御意見、御質問等が皆様から出ているところかと思っています。

認定率を下げた、給付費を減らした、区分支給限度額に対する利用額の割合を下げたというのは、私たち被保険者や認定者にとって決して歓迎すべきものではありません。不当な認定が是正され認定率が下がった、あるいは不当な認定の是正により給付費も減らせたというのならば十分に理解できます。しかし、数字そのものが評価の対象になり、評価点が高いところには税金が多く渡されるというのは、どうしても理解できないところです。

被保険者に対して、あるいは認定者に対して、インセンティブ交付金についてはわかりやすい説明をお願いしたいと思っています。いずれにしても、インセンティブ指標というものが利用者にとって、その成果が有益なものであることを望みたいと思っています。

もう一点、調整交付金については、介護保険の費用に調整交付金があるわけですけれども、第1号被保険者の年齢や所得に応じて介護保険料の水準格差を

是正していることについては大変ありがたいと思っています。

ただ、資料3で論点になっている活用方策の検討というのは、何を指すのかよくわからないというのが正直なところですが。調整交付金が余っているから、その余剰分をどこかで活用するというならば理解できます。現在、ほかに活用するような余地あるいはゆとりがあるということなののでしょうか。初歩的な質問ですけれども、もしお答えいただけたらと思います。

あと一つだけ。実は先週17日～20日までの間、厚生労働省の担当課が主導していただいたのだと思います。オレンジリングドレスアップというイベントというか、10の関連省庁のビルの窓に、大きなオレンジリングをドレスアップしていただく取り組みをしていただきました。今までになかったことですので大変ありがたいし、ブラインドがちゃんとあいているか、閉まっているかとか、オレンジのリングになる部分はオレンジ色の紙を窓に張っていただいて、大変手づくり感あふれる御努力をいただいたと伺っています。この場をかりまして、改めて感謝申し上げたいと思います。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

事務局に質問がありましたので、御対応をお願いします。

○山口介護保険計画課長 調整交付金について、活用方策を検討するという部分に関してですけれども、決して調整交付金が余っているというわけではございません。保険者機能強化という文脈の中で、調整交付金を使うことができるのかどうかといったことを含めて、地方自治体関係者の御意見も踏まえながら、審議会で検討するということが求められていると理解をしております。

それから、先ほど鈴木委員から御質問いただいた件、なぜ大分かというところについてもお答えしたいと思います。

参考資料1の21ページをおあげいただければと思います。大分県の要介護認定率を下げる取り組みが非常にうまくいったという点についてですが、先ほどの散布図につきましては2014年度と18年度の比較でござんいただきましたけれども、推移を見ていくと、年齢調整していないものですのでちょっとベースが違うのですけれども、2011年度においては20.1%あった要介護認定率が努力によって、30年1月末時点では18%まで下がったということでございます。こういった大分県の取り組みの成果が一定出たものということで事例を紹介させていただいたものでございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

ほかに何か御質問はございますか。
江澤委員、どうぞ。

○江澤委員 ありがとうございます。

まず、1人当たりの介護給付費及び認定率の地域差の縮減についてですけれども、我が国の市町村の状況は千差万別でございまして、各地域における文化、風土、所得層、社会資源等、おのおのに異なっているわけなので、それを全国一律のルールというかそういう方式で地域差縮減というのがなかなかなじまないのではないかと思っています。

例えば同一の市町村を経年的においかけていって、改善すべきところ、あるいはどういうふうに変化しているのかということを見ていって、その中で、その市町村において現在の立ち位置から未来へ向かって改善するなり方策を立てるといふほうが合理的ではないかと思っています。

それから、今回の保険者機能のインセンティブ交付金等の評価項目ですけれども、非常に詳細で、多岐にわたっている一方で、一つ一つの中身は非常に抽象的で曖昧なものが多かったり、あるいは実施している、行っている、支援している、確保している等の質問があって、一つ一つの中身の充実度が大事だと思いますので、きょうは数字のお示しがすごく多いのですけれども、数字がひとり歩きしないようにしていかないと、ちゃんとこれが地に足のついた取り組みなのかどうかということで、特に中身が重要であると思いますので、こういうお示しの仕方はほかの場面でもよくお見受けするのですけれども、数字だけがひとり歩きして実態が見えないということが非常に起こってきがちなので、その辺はぜひ、もうちょっと実態が見えるようにしていただきたいと思っています。

そして、これは被保険者が保険料を払って成り立っている公的保険方式ですので、ぜひ被保険者が蚊帳の外に干されることがないようにしていただいて、被保険者の御意見もいろいろあろうかと思っていますので、また検討していただければと思っています。

続きまして、資料について意見を述べさせていただきます。

資料1の2ページで大分、大阪、富山が出ていますけれども、大分県は数年前から地域リハビリテーション活動支援事業等に力を入れて、要介護認定が下がったようなものが過去にお示しがございますけれども、実際、何が具体的に効いて、グリップして、どういう効果が出ているのか、あるいは住民の行動変容を起こしているのか、そのあたりがよく見えなくて、また今後データが出ましたら教えていただきたいと思っております。そもそも要介護認定というのは、受ける母集団あるいは実際、お守り認定で、サービスは利用しないけれども受

ける方も一定程度いらっしやって、そのあたりも含めて、できる限り科学的に検証できればありがたいかと思っています。

大阪府についても、ほとんど影響しているのは最大人口である大阪市が、この地域差について押し上げる方向になっています。そのほかの地域はさほどでもないの、これは大阪府になっていますけれども、恐らくこれは大阪市の影響が大きいと思っていますので、全体像も大事ですけれども、個々の分析も非常に重要だと思っています。

参考資料1の29ページで、マル6の「地域医療構想を踏まえた介護施設・在宅医療等の追加需要への対応に係る実績把握・進捗管理」ですけれども、ここは最も低くて41.1%となっています。これは前回も申し上げましたけれども、地域医療構想は医療だけで完結する話ではなくて、特に入院外で新たに30万人を加えた計130万人の方を全国の圏域でどう受けとめるかということが非常に重要であって、今、地域医療構想調整会議に介護の関係者、行政担当者、介護の団体等の方はほとんどいないのが実情でございます。これは行政の縦割りというのが大きく影響しているところだと思っています。以前も申し上げましたが、このあたりで地域医療構想を地域医療介護構想にして、ぜひ市町村と医療行政をうまく結びつけるようなことをお願いしたいと思っています。

続きまして、資料2の1ページの一番下の○のバックグラウンドとなるデータがよく見えていないので、ここに書いてある意味が非常に理解しにくいのですけれども、変更していないとか、ハードルを上げたとか、パーセンテージだとか数字だけが出て、めり張りがついたとか、取り組みの底上げが図られたという結論にはなっているのですけれども、ここが非常にわかりにくいので、データがあればまたお示しいただければと思います。

続きまして、2ページの最初のアウトカム評価ですけれども、先ほど同様の意見がございましたが、現在は変化の度合いをアウトカムとされていると伺いましたので、もともとベースで、例えばある市町村においては、数年間、要介護認定率がずっと12%ぐらいで推移している市町村がございます。ある市は一定程度で推移しているのですけれども、そこがさらにその下に改善率を求めるとなるとどだい無理な話であって、ベースの改善率が低い部分の評価と、加えて改善等の変化率を組み合わせたことをアウトカムしないと難しいかなと思いますし、要介護認定の見直しは今、1～3年ぐらいですから、次の年は全く母集団が違うということになりますし、そのあたりで、例えば1回、アウトカム指標で高得点をとった場合、翌年そこが行けるかというとなかなか難しいと思いますので、なるべく公平な評価にしていく必要があると考えています。

最後に、調整交付金関連ですけれども、以前も申し上げましたが、特に介護医療院において、医療療養病床からの転換で、財源の問題で市町村が拒んでい

る事例、これは市町村にとっては当然死活問題でございますし、住民の保険料にもはね返るので、もし療養病床から介護医療院への移行が市町村の財源の面でうまくいかないという事例が全国に多々あるようでしたら、何らかの国からの支援が必要ではないかと思っております。

以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

ほとんど御意見でありましたけれども、事務局から出されている資料について追加の分析の御要望等もありますので、事務局としては、対応可能なものに関しては対応をお願いしたいと思います。

ほかにいかがでございましょうか。

それでは、東委員、お願いいたします。

○東委員 ありがとうございます。

参考資料1の29ページ「2019年度（市町村）保険者機能強化推進交付金 I 指標の得点率」をご覧ください。保険者機能強化推進交付金（インセンティブ交付金）における「PDCAサイクル体制等の構築」の指標ということで、①から⑨まであります。保険者機能強化推進交付金自体がまだ新しいので仕方ないのかもしれませんが、これはもともと自己評価でございます。例えば、「②日常生活圏域ごとの65歳以上人口の把握」はできるに決まっている指標であるにもかかわらず、100%ではない。また例えば、⑥とか⑦のような項目では配点が0点か10点で、どちらかを選択するという余りにもアバウト過ぎて、評価指標としてはいかがなものかと考えます。

特に私が問題視しているのは、「⑥地域医療構想を踏まえた介護施設・在宅医療等の追加需要への対応に係る実績把握・進捗管理」です。これは非常に重要な項目であるにもかかわらず41.1%と低い得点率にすぎません。ただ、41.1%は自己評価であって、市町村ができていると考えて10点をつけるところもあるでしょうし、できていないと考えて0点をつけるところもあります。何を基準に判断しているのか、現状では非常に曖昧であると思います。そこで、例えば、自からの市町村でどういうサービスが幾つあるかの数は把握できている段階だと3点、そして、それを地域別にマッピングをして、どのような地域ではどのようなサービスがあるが、どのような地域ではどのようなサービスがないかというところまで把握している段階だと5点、かつ地域において、例えばこの地域には訪問リハがないので、訪問リハを誘致するというところまで実施している段階が10点というように、もう少し具体的な指標とすべきではないでしょうか。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。

齋藤委員、どうぞ。

○齋藤委員 ありがとうございます。

インセンティブ交付金の指標について、予防の重要ということが重々言われていますが、65歳になってから予防をしましょうと言っても、なかなか取り組みは難しいのではないかと感じています。前期高齢者よりも若い層に対して意識啓発を含めた予防的な支援を、職域保健等とも連携して実施している自治体を評価してはどうかと思っています。これは介護保険の範囲内にはとどまらない話かもしれませんが、先ほど鈴木委員から生活習慣病予防が非常に重要という御指摘もありました。実際は、市町村の介護保険事業に第2号被保険者の保険料も活用されています。生活習慣予防は、より早期の段階からかわりを持つことで、65歳以上の要介護認定率を低下させるだけでなく、ゆくゆくは支援の担い手となり得る元気高齢者を創出していくことにもつながるので、こういった視点を評価項目の中に入れていくのも一つありなのではないかと思っています。

それから、評価項目の中にアウトカム指標を導入することの重要性はよく認識していますが、自治体によって取り組みの状況や人材確保の状況に千差万別の違いがある中で、要介護認定率・一人当たりの給付費削減ばかりに評価の視点が向けば、過剰な給付抑制につながってしまう可能性もあるかと思っています。

指標を増やしていくにしても、自治体の事務量に見合った効果も考えていかなければいけないと考えますので、まずは全ての市町村が優先的に取り組むべき課題は何なのかを明確にしていく必要があります、ヒアリングや調査研究等を通じてエビデンスを得るべきだと思います。

本来は、必要な人に必要な介護サービスが過不足なく提供されるためには、適切なケアプランが必要であることから、ケアプラン点検が非常に重要なのだろうと思っています。しかしながらケアプランの点検作業は、人口規模が大きくなることによって非常に難しいということはデータからも見てとれるため、将来的には、AIやIoTなどを導入し、ケアプラン立案段階から質の担保を図っていくことが必要であると思っています。これに関しても、研究事業等の推進をお願いしたいと思います。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。

津下委員、どうぞ。

○津下委員 ありがとうございます。2点です。

都道府県でいきますと、市町村の点数の積み上げということもあると思うのですが、一方で、これからは大都市部の高齢者の急増と介護給付費の急増になると思います。そうなりますと、大規模都市部も、愛知県でいうと54市町村あるのですけれども、名古屋市の取り組みも54分の1の評価でいいのかどうかということについては、一度考えていく必要があるのかなと思います。

そういうことで、中小のところの取り組みにリーチするように広域化の支援をしていくということと、一方で、大都市部についての人口に合った評価をどうしていくのかということは課題かと思っています。

2点目は、先ほど話がありましたように、インセンティブがいい方向に転がっているのか、どういう弊害があるのか、もしあるとすれば、そういうことをモニタリングする仕組みとあわせて整備をしていく必要があって、不適切な項目については見直しをかけていくということが必要なのだろうなと思いました。

3点目ですけれども、参考資料2の19ページに保険者機能強化推進交付金額が出ています。人口が多いところがたくさんもらっていますねということなのですけれども、ナッジ理論から言うと、恐らく平均的な点数をとっていたら、本来おたくの自治体は幾らもらえていたはずなのだけれども、幾ら損していますという、もらってしまうと安心して、せっかくのインセンティブがインセンティブとして効かなくなってしまうかもしれないので、平均的にやっていたらとか、一番いい状態のところと比べると、1人当たりは出ていますけれども、より自治体が真剣に捉えられるような見せ方を工夫してもいいのかなと思いました。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

ほかによろしゅうございますか。大体御意見は承ったということでよろしゅうございますね。

長期間にわたりまして、非常に重要な御指摘をいただきました。どうもありがとうございます。

それでは、そろそろ本日予定の時間になりますので、これまでにしたいと思います。

次回の日程等について、事務局から何かありますか。

○栗原企画官 次回の部会については、追って御連絡させていただきます。

○遠藤部会長 それでは、本日の部会はこれにて終了させていただきます。
どうもありがとうございました。